

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS DE KANSAS

Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo al: 800-432-0043 o visite www.lieap.dcf.ks.gov.



ES3500A
10-19

1. Situación de emergencia. Si actualmente se encuentra en una situación de emergencia con sus servicios públicos, seleccione las casillas de todo lo que corresponda. Adjunte comprobante de desconexión, de lo contrario, el caso no se considerará una emergencia.

Su hogar actualmente está desconectado del servicio público. Fecha de desconexión: _____	
No tiene o tiene muy poco propano o madera para operar su fuente primaria de combustible para calefacción. Indique el porcentaje estimado de propano que tiene %: _____ Cantidad de madera que tiene _____ (¼ 'cord' o atado, etc)	
Alguien en su hogar está utilizando equipos de asistencia médica que funcionan con electricidad. <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardíaco <input type="checkbox"/> Máquina de diálisis <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno <input type="checkbox"/> Alarma de insuficiencia respiratoria infantil <input type="checkbox"/> Respirador con presión positiva intermitente <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación <input type="checkbox"/> Respirador <input type="checkbox"/> Máquina de succión <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Desconectarán sus servicios públicos en 48 horas. Fecha de desconexión: _____ (Proporcione una copia del aviso de desconexión y una etiqueta colgante si corresponde)	

2. Tipo de vivienda. Seleccione la casilla que mejor describa dónde vive.

<input type="checkbox"/>	Casa individual, vivienda modular, casa móvil	<input type="checkbox"/>	Remolque de viaje, autocaravana, casa rodante
<input type="checkbox"/>	Dúplex (2 unidades en el edificio)	<input type="checkbox"/>	Hogar grupal
<input type="checkbox"/>	Apartamento (3 o más unidades en el edificio)	<input type="checkbox"/>	Asilo
<input type="checkbox"/>	Otro, por favor indique:		

3. ¿Vive en una vivienda subsidiada (Sección 8, Vivienda pública o para personas mayores)? Sí No
 En caso afirmativo, indique el nombre y el teléfono del propietario y/o unidad: _____
(Proporcione una copia de su contrato de alquiler)

4. Sistema de calefacción. Seleccione la casilla que mejor describa el sistema de calefacción principal **integrado** en su hogar, incluso si actualmente no se está utilizando.

<input type="checkbox"/>	Calefacción central de gas	<input type="checkbox"/>	Calefacción de piso o pared
<input type="checkbox"/>	Radiadores de vapor o agua caliente	<input type="checkbox"/>	Estufa independiente con ventilación (no de leña)
<input type="checkbox"/>	Calefacción central eléctrica	<input type="checkbox"/>	Sistema de calefacción solar
<input type="checkbox"/>	Estufa de leña o chimenea	<input type="checkbox"/>	Calentadores de zócalo ('baseboard')

¿Utiliza este sistema? Sí No

Si no lo utiliza, encierre en un círculo la letra apropiada a continuación.

- No tiene servicio porque no puede pagar el restablecimiento del servicio.
- No tiene servicio porque no puede pagar la entrega de combustible en gran cantidad.
- El equipo no funciona y no puede pagar su reparación.
- Otro: _____

5. Tipo de combustible. Seleccione la casilla que describe el combustible utilizado por el sistema de calefacción principal integrado en su hogar.

<input type="checkbox"/>	Gas natural con líneas subterráneas
<input type="checkbox"/>	Electricidad
<input type="checkbox"/>	Propano entregado a domicilio en gran cantidad
<input type="checkbox"/>	Otro (gas envasado, queroseno, fuelóleo, carbón o madera) Indique el tipo: _____ Nombre y número de impuesto federal del proveedor de madera: _____
<input type="checkbox"/>	Nombre del proveedor de servicios públicos que proporciona el combustible para calentar su hogar: _____

6. Factura de combustible. Seleccione la casilla que describe cómo paga su factura de combustible de calefacción.

<input type="checkbox"/>	La factura del combustible está a su nombre o a nombre de otro adulto que vive en la residencia. Nombre: _____
<input type="checkbox"/>	Su costo de calefacción está incluido en su alquiler. Nombre y número de teléfono del propietario: _____
<input type="checkbox"/>	Su factura de combustible está a nombre del propietario, y usted le paga al propietario o a la compañía de combustible. Nombre y número de teléfono del propietario: _____
<input type="checkbox"/>	Su factura de combustible está a nombre de alguien que no es un adulto que vive en la residencia ni el propietario. Nombre y relación: _____

7. Información del proveedor

El "proveedor principal de combustible para calefacción" es el proveedor que proporciona el combustible utilizado principalmente para calentar su hogar. Proporcione la información del proveedor de electricidad a continuación, incluso si no solicita un beneficio dividido.

Nombre del proveedor principal de combustible para calefacción: _____

Número de cuenta: _____

Nombre del proveedor de electricidad: (Requerido si no aparece como proveedor principal de combustible para calefacción). _____

Número de cuenta: _____

8. Opciones de pago de LIEAP. Seleccione la casilla que indica cómo desea que se entregue su beneficio.

<input type="checkbox"/>	Hacer que todos mis beneficios de energía sean pagaderos al proveedor de combustible para calefacción. (Adjunte una copia de la factura de combustible para calefacción.)
<input type="checkbox"/>	Dividir mi beneficio de energía (½ a mi proveedor principal de combustible y ½ a mi proveedor secundario). (Adjunte una copia de ambas facturas)
<ul style="list-style-type: none">● Solo puede hacer esta elección una vez durante el año de beneficios.● Todos los pagos, incluyendo los pagos proporcionados durante los meses de verano, se realizarán de acuerdo con esta elección.● Si solicita una división de sus beneficios, el nombre en la factura de todas las cuentas debe ser el mismo.● Si no se realiza una selección, todo su beneficio irá al proveedor de combustible para calefacción.	

9. Programa de Asistencia para la Aclimatación del Hogar de Kansas (K-WAP)

El Programa de Asistencia para la Aclimatación del Hogar de Kansas brinda gratuitamente a los hogares de bajos ingresos mejoras de energía en el hogar que ayudan a reducir sus facturas de energía, como agregar aislante y sellar grietas y espacios que tienen fugas de aire.

Para obtener más información sobre el Programa de Asistencia para la Aclimatación del Hogar de Kansas, llame a la línea gratuita de Información sobre Viviendas al 1-800-752-4422.

LEA LO SIGUIENTE DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR
¡NO SE PUEDE PROCESAR SU SOLICITUD SIN SU FIRMA!

- Por la presente solicito asistencia de LIEAP del estado de Kansas administrado por el Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF).
- Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Comprendo que la información que proporcioné en esta solicitud estará sujeta a verificación por parte del DCF.
- Si algún miembro del hogar declarado en mi solicitud está recibiendo asistencia alimentaria, TANF o manutención infantil, autorizo a la agencia a utilizar mi archivo de DCF para documentar la elegibilidad de ingresos y recursos para LIEAP.
- Por la presente autorizo a DCF a divulgar información relacionada con mi solicitud de LIEAP a mi proveedor de combustible para determinar la elegibilidad.
- Doy permiso a DCF para usar la información proporcionada en esta solicitud para fines de investigación, evaluación y análisis del programa.
- Entiendo que se me puede multar, encarcelar, o ambos, en virtud de la ley estatal o federal si hago declaraciones falsas en esta solicitud para obtener beneficios que no tengo derecho a recibir.
- Entiendo que debo proporcionar comprobante de ingresos y otra información necesaria para establecer la elegibilidad. Entiendo que mi elegibilidad se determinará según las pautas del personal de DCF.
- Entiendo que si recibo asistencia como resultado de haber retenido o proporcionado información falsa, debo pagar el costo de dicha asistencia y puedo enfrentar cargos criminales.
- Entiendo que solo una persona en cada hogar puede recibir los beneficios de LIEAP durante el año, de solamente una agencia gubernamental. No puedo recibir LIEAP de DCF y de una entidad Tribal en el mismo año.
- Entiendo que si mi compañía de servicios públicos es un proveedor que ha firmado un acuerdo para recibir pagos de LIEAP electrónicamente, mi beneficio se enviará directamente al proveedor.
- Entiendo que necesito continuar haciendo pagos con regularidad a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de LIEAP que pueda recibirse no reemplaza mi responsabilidad de pagarle al proveedor.
- Entiendo que solo se proporcionará un beneficio de LIEAP cada año calendario, pero ese beneficio se puede dividir entre los proveedores de servicios públicos, y esta elección solo se puede hacer una vez al año. Cualquier pago adicional que pueda proporcionarse durante los meses de verano se hará de la misma forma que se hizo durante el invierno.
- Entiendo que puedo apelar un procesamiento de solicitud que exceda 45 días calendario después de haber presentado la información completa. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión y que mi solicitud debe procesarse en un plazo de 30 días después de mi denegación o notificación de beneficios.
- Autorizo a DCF u otro agente designado a divulgar información sobre solicitudes y beneficios a mis proveedores de energía y agencias de ayuda comunitaria.
- Autorizo a mi proveedor de energía a divulgar la información de mi cuenta, incluyendo, entre otros, el historial de facturación y pagos y el consumo de energía a DCF, su agente designado y las agencias de aclimatación.
- Autorizo cualquier investigación para establecer la elegibilidad de mi hogar, incluyendo la divulgación de registros bancarios, de nómina y otros registros de empresas y otras organizaciones.
- Entiendo que LIEAP es un programa financiado por el gobierno federal. Los beneficios se basan en la cantidad de fondos federales recibidos y podrían cancelarse en cualquier momento en que no haya fondos disponibles.
- Entiendo que la solicitud completa debe recibirse antes del cierre de actividades del 31 de marzo.

Firma

X

Firma del adulto que vive en la residencia (Persona cuyo nombre aparece en la factura principal de servicios públicos de calefacción, si esa persona vive en la dirección)

Fecha

Teléfono durante el día

X

Firma de otro adulto que vive en la residencia o curador/tutor

Fecha

Teléfono durante el día

X

Firma de otro adulto que vive en la residencia o curador/tutor

Fecha

Teléfono durante el día

El curador/tutor debe proporcionar copias de la documentación legal